

# (Zelf-)Regulering van de Apothekersmarkt in Nederland

Citation for published version (APA):

Maks, J. A. H., Faure, M. G., & Philipsen, N. J. (2001). (Zelf-)Regulering van de Apothekersmarkt in Nederland. *Maandschrift Economie*, 65, 208-227.

## Document status and date:

Published: 01/01/2001

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

# (Zelf-)regulering van de apothekersmarkt in Nederland

J.A.H. MAKES, N.J. PHILIPSEN, M.G. FAURE\*

## Samenvatting

In dit artikel staat het onderwerp zelfregulering centraal. We beschrijven en analyseren het regulerende kader van het apothekersberoep in Nederland, waarbij we de nadruk leggen op de concurrentiebeperkende effecten van de regulering. Op basis van deze analyse presenteren we een aantal beleidsaanbevelingen: schaf de zelfregulering (meer bepaald het verbod) van reclame (gedragsregels KNMP) af, schaf alle overbodige kwaliteitseisen uit de Nederlandse Apotheeknorm van de KNMP af, verhevig de controle op het contracteerbeleid van zorgverzekeraars en apothekers, dat in veel te sterke mate is gebaseerd op het vestigingsadviesbeleid van de KNMP; verplicht zorgverstrekkers zoals artsen om een recept aan de patiënt te overhandigen indien deze dat wenst, teneinde de patiënt vrij zijn of haar apotheek te laten kiezen en denk na over een andere vergoedingssystematiek voor apothekers, waarbij de zorgtaken (advies aan arts en patiënt) en de inkoop- en controletaken (bijvoorbeeld op een speciaal distributiepunt of via advies aan de zorgverzekeraar) apart worden beloond.

## 1 Inleiding

De regulering van het vrije beroep is al jaren een 'hot item' in Nederlandse kranten en beleidsstukken. Steeds staat de vraag centraal hoe en of men meer marktwerving kan realiseren op de markten van vrije beroepsbeoefenaren. Of het nu gaat om bijvoorbeeld advocaten, makelaars, fysiotherapeuten, tandartsen of apothekers: er zijn legio rapporten beschikbaar, al dan niet van de overheid.<sup>1</sup> Ook uit de recente jurisprudentie m.b.t. de toepassing van het mededingingsrecht op de vrije beroepen in

\* Prof. dr. J.A.H. Moks is verbonden aan het Euregionaal Centrum voor Overheids- en Markt economie (EURECOM), [www.eurecom.net](http://www.eurecom.net), Faculteit der Economische Wetenschappen en Bedrijfskunde, Universiteit Maastricht, Prof. dr. M.G. Faure en Drs. N.J. Philipsen zijn verbonden aan het METRO Institute for Transnational Legal Research, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Universiteit Maastricht.

<sup>1</sup> Bekend zijn de MDW-rapporten voor de advocatuur [1995], gezondheidszorg [1997], makelaars [1998] en geneesmiddelen [2000], alsmede de onlangs uitgebrachte rapporten over het geneesmiddelenbeleid door de Commissie De Vries en de Boston Consulting Group [beiden 1999].

Europa<sup>2</sup>, Nederland<sup>3</sup> en andere Europese landen<sup>4</sup>, blijkt dat de regulering van en door vrije beroepen een zeer actueel onderwerp is. Een specifiek probleem bij het reguleren van vrije beroepen betreft de grote rol die is weggelegd voor zelfregulering naast publieke regulering.

In deze bijdrage staat het onderwerp zelfregulering centraal. Bij zelfregulering denken we niet alleen aan door de beroepsgroep geformuleerde gedragsregels m.b.t. bijvoorbeeld prijs en reclame, maar ook aan door de beroepsgroep opgestelde regels en adviezen ten aanzien van bijvoorbeeld vestiging of samenwerking met andere beroepen. Het gevaar bestaat dat door de omvang (en onoverzichtelijkheid) van regulering op een bepaalde markt de regulering doorschiet: hoewel regulering als correctie voor marktfalen zou moeten leiden tot welvaartsverbeteringen, lijkt dit in de praktijk echter lang niet altijd zo te zijn. Bovendien kan een regulering mede tot stand zijn gekomen als gevolg van rent seeking gedrag door de beroepsbeoefenaren. In dit paper behandelen we een casus, namelijk de Nederlandse apothekersmarkt. Voor die markt analyseren we de regulering –zowel het wettelijke kader als de zelfregulering– teneinde te kunnen beoordelen in hoeverre de regulering daadwerkelijk welvaartsverbeteringen genereert en in hoeverre de regulering private belangen lijkt na te streven.

In een ander artikel hebben we aandacht besteed aan de algemene problematiek rondom (zelf-)regulering.<sup>5</sup> Hierin laten we o.a. zien hoe regulering kan dienen als instrument om welvaartsverbeteringen te genereren en als instrument om private belangen na te streven. In dit paper beschrijven we in paragraaf 2 het regulerende raamwerk van de apothekersmarkt, waarbij we de nadruk leggen op de regels die de concurrentie op deze markt beperken. In paragraaf 3 staat de vraag centraal in hoeverre deze regulering het algemene belang lijkt te dienen door het genereren van welvaartsverbeteringen en in hoeverre de regulering het private belang lijkt te dienen. Het onderscheid tussen zelfregulering en overheidsregulering wordt hierbij benadrukt. Paragraaf 4 sluit af met een conclusie en een aantal beleidssuggesties met betrekking tot de apothekersregulering.

- 2 Op 23 april 1999 heeft de Europese Commissie besloten dat de Europese concurrentie regels ook van toepassing zijn op de vrije beroepen.
- 3 De NMa oordeelde op 27 augustus 1998 dat de beroepsvereniging van dierenartsen (KNMvD) onder de Mededingingswet valt (zaak nr. 397/1998). Meer recent is zaak nr. 952/1999 betreffende een overtreding van het kartelverbod door notarissen te Breda. Zie voor een algemeen artikel ook "NMa zet vrije beroepen tot actie aan" [*Het Financieel Dagblad*, 29-6-1999].
- 4 Een goed voorbeeld is België. Zie het artikel "Vrije beroepen en concurrentierecht: de strijd gaat verder" [*De Juristenkrant*, nr. 16, 2000] en het opheffing verwekkende cassatiearrest in een zaak tegen de Belgische Orde der Apothekers [Hof van Cassatie, 7-5-1999, R.W., 1999-2000, p.112].
- 5 Maks, J.A.H. en N.J. Philipsen, *De Economische Beginselen van Zelfregulering*, METRO / Eurecom, maart 2001. Dit paper is terug te vinden op de website van Eurecom (<http://www.eurecom.net>), onder Publicaties.

## 2 De regulering door en van apothekers in Nederland

### 2.1 Beroepscode en gedragsregels

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP) heeft in februari 1993 de nieuwe *Beroepscode en gedragsregels* van apothekers vastgesteld. Hiermee kwam de oude regelgeving, die in het begin van de jaren vijftig was opgesteld, te vervallen. De gedragsregels werken zowel intern als naar de samenleving, al hebben zij in het laatste geval geen bindende kracht. Externe werking ontstaat als de regels door derden feitelijk worden aanvaard.<sup>6</sup> Ruim 90% van alle Nederlandse apothekers is lid van de KNMP, dus het bereik van de zelfregulering is erg groot.<sup>7</sup>

Behalve de Beroepscode en Gedragsregels uit 1993 heeft de KNMP in 1996 ook een Nederlandse Apotheek Norm (NAN) opgesteld. De NAN is opgesteld om het begrip 'verantwoorde zorg' uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen<sup>8</sup> in te vullen. Net als de gedragsregels, heeft ook de NAN extern geen bindende kracht. De bepalingen uit de NAN kunnen wel een rol spelen bij de medische tuchtrechter. De normen uit de NAN worden bovendien grotendeels opgenomen in de individuele contracten tussen apothekers en zorgverzekeraars, welke op basis van de Uitkomsten van Overleg tussen de KNMP en Zorgverzekeraars Nederland worden opgesteld. De belangrijkste bepalingen uit de gedragsregels en de NAN komen hieronder aan bod, samen met de wetgeving en jurisprudentie. We leggen de nadruk op bepalingen die de concurrentie tussen apothekers kunnen beperken.

### 2.2 Registratie en titelbescherming

#### 2.2.1 Het domeinmonopolie van de apotheker

Het domeinmonopolie van de apotheker wordt bepaald door de *Wet op de Geneesmiddelenvoorziening* uit 1958 (WOG) en door het *Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst* uit 1963 (BUA). In artikel 1 van de WOG wordt artsenijbereidkunst gedefinieerd als het bereiden en afleveren van geneesmiddelen. Uitoefening van de artsenijbereidkunst is volgens art. 2 lid 1 WOG voorbehouden aan apothekers; en onder bepaalde voorwaarden ook aan apotheekhoudende artsen, apothekers-assistenten en de industrie en groothandel. Wat betreft artsen die een praktijk met apotheek willen openen, schrijft artikel 6 voor dat zij alleen de artsenijbereidkunst mogen uitoefenen als er in betreffende gemeente noch in de aangrenzende gemeenten geen apotheker

6 Leenen, 1991, pp.43/44

7 KNMP, *Pharmacy in the Netherlands*, special issue, 1998, p.6

8 Wet van 18 januari 1996 betreffende de kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet Zorginstellingen), Stb 80, 1996

gevestigd is. Bovendien mogen apotheekhoudend artsen zelf geen geneesmiddelen bereiden of geneesmiddelen leveren aan patiënten die buiten hun werkgebied wonen. Beperkt bevoegd tot het uitoefenen van de artsnijbereidkunst zijn drogisten en levensmiddelenbedrijven, hetgeen betekent dat zij niet op recept mogen leveren maar wel zelfzorggeneesmiddelen mogen verkopen. Aangezien alleen apothekers geneesmiddelen op recept mogen leveren, hebben zij een domeinmonopolie in de extramurale voorziening van receptgeneesmiddelen.

### 2.2.2 Registratie

Alvorens een apotheker de artsnijbereidkunst mag uitoefenen, moet hij of zij volgens art. 14 WOG ingeschreven staan in een register beheerd door de regionale Inspectie voor de Gezondheidszorg. Een aantal eisen om voor inschrijving als gevestigd apotheker in aanmerking te komen zijn vastgelegd in het BUA, waaronder dat de apotheker een apothekersdiploma en een opgave van het perceel moet overleggen (art. 2). Echter, de apotheker of apotheekhoudend arts mag de artsnijbereidkunst slechts in een apotheek uitoefenen (art. 19 WOG).

Het BUA bevat tevens een verbod voor de apotheker om enige overeenkomst aan te gaan met een arts, een tandarts of een verloskundige betreffende het leveren van geneesmiddelen aan derden (art. 18). In 1999 werd een artikel dat de toegang van apothekers tot de markt beperkte uit het BUA geschrapt, namelijk artikel 15.<sup>9</sup> Hierin stond dat apothekers niet in loondienst van niet-apothekers mogen werken. Sinds de opheffing van dit artikel is het mogelijk geworden voor gediplomeerde apothekers om bijvoorbeeld in een drogisterijketen te gaan werken.

### 2.2.3 Titelbescherming

Op 26 november 1997 is de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) ingevoerd in Nederland.<sup>10</sup> Sindsdien is het gebruik van de titel 'apotheker' voorbehouden aan personen die in het zogenaamde BIG-register staan ingeschreven. De Wet BIG heeft voor een aantal beroepen in de gezondheidszorg het verbod op uitoefening van het beroep door onbevoegden vervangen door een systeem van registratie met titelbescherming en partiële beroepsbescherming d.m.v. een aantal voorbehouden handelingen. Voor apothekers zijn er echter geen voorbehouden handelingen gedefinieerd. Voor hen geldt nog steeds de bescherming van het domeinmonopolie volgens de bepalingen uit de WOG.

In artikel 23 van de Wet BIG staat dat 'tot het gebied van deskundigheid van de apotheker wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de artsnijbereidkunst'. Het BIG-register wordt beheerd door de minister van VWS. In

9 Zie Stb. 20, 1999.

10 Stb. 655, 1993, gewijzigd door Stb. 570, 1997

artikel 22 staat hoe de titel 'apotheker' (en dus de opname in het BIG-register) verkregen kan worden. Vereist wordt het bezit van een wettelijk verkregen getuigschrift. Het onbevoegd dragen van de titel apotheker of een daarop gelijkende benaming is strafbaar.<sup>11</sup>

Om hun beroep daadwerkelijk te kunnen uitoefenen moeten apothekers zich na de registratie in het BIG-register nog wenden tot de regionale Inspectie voor de Gezondheidszorg, zoals we hierboven beschreven in par. 4.3.2. Volgens het door de BIG gewijzigde art. 15 van de WOG wordt inschrijving door de inspecteur van de volksgezondheid geweigerd als de aanvrager geen titel 'apotheker' heeft.

## 2.3 De vestiging van apotheken

### 2.3.1 Het vestigingsbeleid van de KNMP

In de periode tussen 1975 en 1987 gold er een privaatrechtelijk vestigingsbeleid van de KNMP: het Besluit Vestigingsbeleid KNMP. Ieder lid had voor vestiging en verplaatsing van apotheken de toestemming van het hoofdbestuur van de KNMP nodig. De KNMP-regels berustten op de gedachte dat een juiste kwaliteit van de farmaceutische hulp bereikt kan worden indien de financiële exploitatie van een apotheek gezond is; en dat hiervoor een werkgebied van minstens 8000 patiënten per apotheek vereist is.<sup>12</sup> Maar de beroepsorganisatie heeft nooit de vestiging van niet-leden kunnen verhinderen. Schorsing en ontzegging van de bevoegdheid om een beroep uit te voeren kunnen geen privaatrechtelijke tuchtregelen zijn; dit zijn immers publiek-rechtelijke aangelegenheden. Wel zou de KNMP als privaatrechtelijk tuchtorgaan bijvoorbeeld kunnen straffen met een waarschuwing, een boete ( $\leq 1000$  NLG), een schorsing van het KNMP-lidmaatschap of het ontnemen van het recht om lid te zijn van een KNMP-bestuur of -commissie.<sup>13</sup>

In de jurisprudentie van begin jaren '80 is door de rechtbank in civielrechtelijke zaken herhaaldelijk vastgesteld dat een niet-lid niet gebonden is aan een privaatrechtelijke vestigingsregeling.<sup>14</sup> De in de jurisprudentie tegengeworpen redenering dat het vestigingsbeleid van de KNMP een algemeen erkende gedragscode was,

11 Een door de Wet BIG beschermde titel voeren kan bestraft worden met maximaal 5000 gulden (art. 100).

12 Aan deze norm lag geen financiële onderbouwing ten grondslag. De norm was gebaseerd op het toen geldende abonnementssysteem ten aanzien van de farmaceutische zorgverlening aan ziekenfondspatiënten. Volgens dat systeem, dat tot 1 januari 1988 van kracht was, ontving een apotheek per ingeschreven ziekenfondsverzekerde een vast bedrag ongeacht het geneesmiddelengebruik van betreffende verzekerde. Sinds 1 januari 1988 ontvangen apothekers een vergoeding per voorschrift: de receptregelvergoeding. KNMP, Minimum Vestigingsnorm voor apotheken, mei 1997, p. 6.

13 Leenen, 1991, pp. 261/262.

14 Zie bijv. Rb. Maastricht, 15 juli 1981, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht [1982, p. 88] en Rb. 's-Gravenhage, 12 juni 1985, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht [1986, p. 232].

berustte enigszins wel op waarheid, maar maakt een gedragscode nog niet bindend. Toen het aantal 'zwart-vestigingen' in de jaren '80 opliep, veranderde de KNMP haar vestigingsbeleid: vanaf 1987 geldt er een vestigingsadviesbeleid zonder sancties, opgenomen in de Richtlijnen betreffende het Vestigingsadviesbeleid KNMP.

Volgens deze richtlijnen geeft het hoofdbestuur van de KNMP op verzoek van ieder lid advies over het vestigen, verplaatsen en sluiten van apotheken. Ook niet-leden en belanghebbende derden kunnen om advies vragen en de KNMP kan zelfs ongevraagd advies geven over bepaalde zaken. Als criterium voor het geven van een positief advies voor een nieuwvestiging of verplaatsing wordt in artikel 4 genomen 'dat binnen een aanvaardbare tijd de nieuwe of verplaatste apotheek tot een zodanige omvang kan uitgroeien, dat de basis voor een kwalitatief goede beroepsuitoefening door de apotheker(s) gewaarborgd is, en dat tevens de basis voor een goede beroepsuitoefening voor de aanpalende apotheken gehandhaafd blijft. Als basis hiervoor zal gelden de minimum KNMP-Vestigingsnorm voor apotheken'. In een toelichting op dit artikel wordt genoemd dat dit onder meer betekent dat apotheken redelijk verspreid moeten liggen en dat een nieuwkomer wel schade mag aanbrengen aan reeds gevestigde apothekers, maar dat deze niet 'onredelijk' mag zijn. De KNMP streeft namelijk naar de realisering van levensvatbare apotheken. De hierboven genoemde notitie Minimum Vestigingsnorm voor Apotheken dient als leidraad bij de beoordeling van de bedrijfseconomische haalbaarheid –oftewel de levensvatbaarheid– van een apotheekvestiging.

Bij de beoordeling worden onder andere de volgende factoren betrokken: het verwachte aantal voorschriften, het aantal patiënten, de omzet, het aantal artsen in het verzorgingsgebied en infrastructurele kenmerken. Om de bedrijfseconomische haalbaarheid te kunnen bepalen wordt eerst de brutowinst bij het verwachte aantal voorschriften berekend. Nadat deze brutowinst is berekend, worden daarvan praktijkkosten (onder andere personeels- en huisvestingskosten) en investerings- en financieringskosten afgetrokken, terwijl ook rekening gehouden wordt met afschrijvingsposten. Omdat de brutowinst van een apotheek sinds 1 januari 1988 is gerelateerd aan het prescriptievolumen, is de vestigingsnorm gedefinieerd in het aantal voorschriften.<sup>15</sup> De begroting is flexibel van opzet, omdat in het geval van een tariefaanpassing door het College Tarieven Gezondheidszorg de ondergrens voor de bedrijfseconomische haalbaarheid geactualiseerd wordt door de KNMP.

### 2.3.2 Contracten tussen apothekers en zorgverzekeraars

De adviezen van de KNMP zijn geen dwingende contractuele regels. Echter, de vestigingsadviesregels worden vaak overgenomen in de contracten tussen ziekenfondsen of particuliere zorgverzekeraars enerzijds en apotheken anderzijds, in het kader van de zogenaamde individuele overeenkomsten Farmaceutische hulp.<sup>16</sup> Marktverdeling is volgens de Mededingingswet verboden en de NMa is daarom van

15 Voor de berekening: KNMP, *Minimum Vestigingsnorm voor Apotheken*, mei 1997, pp. 8-16

16 Zie o.a. de secties "ziekenfondsrechtspraak" in diverse jaargangen van het TvGR.

plan deze marktverdelingsafspraken (m.n. de praktijken van zorgverzekeraars) aan een gericht onderzoek te onderwerpen, aldus een waarschuwing van haar algemeen directeur aan de zorgverzekeraars in 1999.<sup>17</sup>

De individuele afspraken tussen zorgverzekeraars en apothekers zijn gebaseerd op de zogenaamde Uitkomsten van Overleg tussen de KNMP en Zorgverzekeraars Nederland. Deze Uitkomsten van Overleg moeten zijn goedgekeurd door het College voor Zorgverzekeringen (de oude Ziekenfondsraad). Ze zijn voor een groot deel gebaseerd op de Nederlandse Apotheeknorm van de KNMP en bevatten de voorwaarden waaraan elke individuele overeenkomst moet voldoen. Dit systeem verhindert dat de inhoud van overeenkomsten tussen apothekers en zorgverzekeraars op een decentraal niveau tot stand komt.

### 2.3.3 Samenvatting

Uit het voorgaande mogen we concluderen dat het erg moeilijk is om een nieuwe apotheek te openen, omdat het erg lastig is om een contract met een zorgverzekeraar te bemachtigen in een gebied dat niet voldoet aan de KNMP-normen. Voor apothekers die lid (willen) zijn van de KNMP is het sowieso vrijwel onmogelijk om zich aan het vestigingsadviesbeleid te onttrekken: in artikel 2.13 van de Beroepscode en Gedragsregels staat dat de adviezen van een bevoegde KNMP-instantie als zwaarwegend beschouwd moeten worden.

## 2.4 Uitoefening van het beroep: reclame voor en inrichting van de apotheek

### 2.4.1 Reclame voor apotheken

Reclame en klantenwerving door apothekers is niet wettelijk geregeld, zoals reclame voor geneesmiddelen dat wel is. Er staan twee artikelen in de Beroepscode en Gedragsregels van de KNMP over dit onderwerp. In artikel 2.16 staat het volgende: 'een openbare apotheker mag niet rechtstreeks en individueel patiënten, niet zijnde eigen cliënten, benaderen. Ook mag hij zich niet vergelijken met met name genoemde of onmiskenbaar aangeduide collega's'. De andere beperking wordt genoemd in artikel 2.23: 'iedere ongepaste concurrentie is verboden. Als zodanig worden in elk geval beschouwd: (a) het tijdens dienst of waarneming overnemen van patiënten cliënten; (b) het actief aantrekken van personeel van een naburige collega; (c) het op enigerlei wijze beïnvloeden van de vrije apotheekkeuze der patiënten.'

Uit deze bepalingen blijkt dat het voor een apotheker vrij moeilijk is om aan patiënten te kunnen aantonen over welke kwaliteiten hij of zij beschikt. Dit komt door de combinatie van bovengenoemde reclamebeperkingen en de heersende informatieasymmetrie tussen apothekers en patiënten. Concurrentie in kwaliteit van de dienstverlening lijkt daarom slechts mogelijk te zijn indien extra serviceverlening

<sup>17</sup> Volkskrant, NMa roept verzekeraars in de zorg tot de orde, 28-9-1999



wordt geleverd, zoals de bezorging van medicijnen aan huis of het aanbieden van een groot assortiment aan handverkoopartikelen die zonder recept verkregen kunnen worden.

#### 2.4.2 Inrichting en toegankelijkheid van apotheken

De oorspronkelijke artikelen 32 en 34-36 van het Besluit Uitoefening Artsenijbe-reidkunst (BUA) bevatten een aantal voorschriften waaraan een apotheek moest voldoen qua inrichting en toegankelijkheid van het gebouw. Deze voorschriften zijn ingetrokken in 1996, omdat zij 'de doelmatigheid van het functioneren van apo- theken ongunstig zouden beïnvloeden'.<sup>18</sup> Echter, de meeste van deze bepalingen staan nu in de Nederlandse Apotheeknorm van de KNMP. De drie belangrijkste (con- currentiebeperkende) bepalingen zijn de volgende: een apotheker moet elk verant- woord recept kunnen afleveren, alle apotheken dienen te beschikken over een aparte ruimte voor het magistraal bereiden van geneesmiddelen en elke apotheek moet ten minste 9 uur open zijn tussen 08:00 en 18:00 uur en ten minste voor 45 uur per week.

### 2.5 Tarieven

#### 2.5.1 De prijs van WTG-geneesmiddelen

In Nederland worden geneesmiddelen in twee categorieën onderverdeeld: WTG en buiten-WTG. WTG-geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die alleen bij de apotheek verkrijgbaar zijn en daarom onder de *Wet Tarieven Gezondheidszorg* (WTG) vallen. Buiten-WTG-geneesmiddelen zijn ook verkrijgbaar buiten de apotheek, zoals bij de drogist of soms zelfs in de supermarkt. Alleen buiten-WTG-geneesmiddelen die op recept worden afgehaald in de apotheek kunnen vergoed worden door de zorgverzekering, maar dan alleen als het recept aan bepaalde voorwaarden voldoet. Van alle geneesmiddelen die door openbare apothekers op recept zijn verstrekt in 1998 was 85,1% een WTG-geneesmiddel.<sup>19</sup>

De vergoeding die apothekers ontvangen voor het leveren van WTG-genees- middelen, de receptregelvergoeding, is niet gerelateerd aan de kosten van betref- fende middelen. Integendeel, de vergoeding per voorschrift is een vast bedrag en het maakt daarbij niet uit of het geneesmiddel in kwestie 10 gulden of 1000 gulden kost. De vergoeding hangt ook niet af van de voorgeschreven hoeveelheid. Hieruit volgt dat in Nederland de tarieven voor WTG-geneesmiddelen niet tot nauwelijks variëren tussen apotheken. De 'inkoopvergoeding', het tarief dat apothekers bij verzekeraars kunnen declareren voor afgeleverde geneesmiddelen, wordt namelijk

18 Stb. 545, 1995

19 SFK, 1999, p.32

vastgesteld op basis van de vergoedingenlijst uit de zogenaamde *taxe van Z-index*. *Z-index* behoort tot de apothekersorganisatie KNMP. De *taxe* is een lijst met daarop alle in Nederland geregistreerde geneesmiddelen, welke maandelijks wordt gepubliceerd aan de hand van de CTG-tariefbeschikkingen.<sup>20</sup> In de CTG-tariefbeschikkingen is naast de receptregelvergoeding namelijk ook vastgelegd welke bedragen apothekers in rekening mogen brengen voor hun inkoopkosten. In de praktijk komt het erop neer dat de inkoopkosten van een geneesmiddel volledig mogen worden doorberekend, waarbij per inkoopkanaal de bruto-prijs van de goedkoopste leverancier bepalend is.<sup>21</sup> De *taxe van Z-index* is de enige vergoedingenlijst die voldoet aan de CTG-voorschriften.

In de *taxe* staan de prijzen zoals deze bepaald zijn door de producenten. Omdat het principe 'apotheekinkoopprijs = apotheekverkoopprijs' wordt gehanteerd, bepalen producenten indirect ook de uiteindelijke verkoopprijs van het geneesmiddel. Zij houden bij de prijszetting wel rekening met de Wet Geneesmiddelenprijzen en het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS).<sup>22</sup> De enige mogelijkheid die er na opnemings in de *taxe* nog is voor geneesmiddelenproducenten om te kunnen concurreren in prijs, is door de ruimte tussen de kostprijs en de in de *taxe* vastgelegde apotheekinkoopprijs te gebruiken. Deze ruimte wordt door de producenten gebruikt om voor hun geneesmiddelen bonussen en kortingen aan apothekers te verstrekken, zodat laatstgenoemden eerder voor verstrekking van deze geneesmiddelen zullen kiezen.<sup>23</sup> De patiënt of verzekeraar heeft hier echter geen baat bij. Voor verzekeraars geldt overigens dat ze met hun vergoeding aan apotheekhoudenden wel af mogen wijken van de prijzen in de *taxe*, maar dat zij dit nauwelijks doen vanwege de hoge administratieve lasten die verbonden zijn aan een diversiteit van prijzen. Nu hebben zij immers slechts te maken met één prijs per geneesmiddel. De overheid heeft vanaf eind jaren '90 de bestrijding van kortingen en bonussen een vooraanstaande plaats in haar geneesmiddelenbeleid gegeven, door middel van zogenaamde 'claw backs' (een generieke aftrek op de inkoopvergoeding).<sup>24</sup>

### 2.5.2 Vergoeding voor de apotheker

Wat is nu de vergoeding die de apotheker krijgt voor zijn diensten van levering, advies en medicatiebegeleiding? Per verstrekt geneesmiddel op recept krijgt hij of zij de receptregelvergoeding (rrv), die in 2000 NLG 11,85 was, ongeacht de prijs of de

20 Dit zijn de tariefbeschikkingen die zijn opgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg.

21 MDW-geneesmiddelen, december 1999, p.67

22 De Wet Geneesmiddelenprijzen definieert maximumprijzen voor geneesmiddelen. In het GVS zijn maximumbedragen vastgesteld die verzekeren voor bepaalde geneesmiddelen vergoed krijgen. Een gevolg van beide maatregelen is dat veel producenten hun prijzen precies op of net onder de wettelijke limitieten zetten, hetgeen ook de prijsverschillen tussen geneesmiddelen behoorlijk vermindert.

23 MinVWS, Een helder Recept, oktober 1999, p.28

24 MinVWS, Een helder Recept, oktober 1999, p.49

hoeveelheid van het geneesmiddel. De rrv wordt jaarlijks door het College Tarieven Gezondheidszorg bijgesteld, waarbij vooral wordt gekeken naar ontwikkelingen in het aantal verstrekte WTG-geneesmiddelen per jaar. Ook is er een substitutieregeling, die aansluit bij de regel dat een arts in principe niet op merknaam, maar op stofnaam moet voorschrijven. Deze zogenaamde stimulansregeling houdt in dat een apotheker 1/3 x het prijsverschil tussen een merkgeneesmiddel en een parallelgeïmporteerd of generiek geneesmiddel krijgt. De uiteindelijke besparing voor de verzekeraar is dan twee keer zo hoog als de extra inkomsten van de apotheker. De prijsverschillen tussen merkgeneesmiddelen en generieke geneesmiddelen worden echter steeds minder groot door het prijsdrukkend effect van de Wet Geneesmiddelenprijzen en het Geneesmiddelenvergoedingensysteem. Bovendien nemen de mogelijkheden voor parallel-import hierdoor drastisch af. In 1999 is duidelijk geworden dat de overheid de gemiddelde stimulansopbrengst van HFL 0,40 per afgeleverd WTG-geneesmiddel wil gaan incorporeren in de rrv.<sup>25</sup> Apothekers worden dan min of meer verplicht een minimumbedrag aan substitutie te behalen. De rrv en de stimulansregeling zijn beide op 1 januari 1988 ingevoerd.<sup>26</sup>

De KNMP beweert dat de rrv niet voldoende is aangepast aan de stijgende praktijk- en personeelskosten, terwijl de opbrengsten uit de stimulansregeling ook behoorlijk zijn gedaald door de steeds kleiner wordende prijsverschillen tussen merkgeneesmiddelen en generieke geneesmiddelen. De volgens veel apothekers ontstane gaten in de begroting van de praktijk hebben zij opgevangen door bonussen en kortingen in ontvangst te nemen van de industrie en groothandel. Immers, prijsconcurrentie was door al het overheidsingrijpen vrijwel onmogelijk gemaakt. De overheid heeft de bonussen en kortingen jarenlang openlijk gedoogd, tot de minister van VWS eind jaren 90 het onderwerp weer ter tafel bracht.

Aan voorgaande discussie moeten we voor de volledigheid toevoegen dat de apotheker ook inkomsten ontvangt uit de verkoop van niet-WTG- en hulpmiddelen. De gemiddelde winstmarge op deze producten ligt tussen 20 en 30%.<sup>27</sup> De verkoop- en inkooprijzen van deze middelen staan ook op een maandelijks door de KNMP verstrekte lijst; echter, i.t.t. WTG-geneesmiddelen is er hier wel enige prijsconcurrentie tussen apothekers. Echter, aangezien WTG-geneesmiddelen veruit het grootste gedeelte van een apotheek bepalen, gaat het hier om relatief kleine bedragen.<sup>28</sup> Bovendien wordt bij de berekening van de rrv rekening gehouden met de inkom-

25 Hiermee werd een besparing van HFL 39 miljoen beoogd. Achterliggende gedachte bij de maatregel is dat een apotheker als elementaire taak heeft om doelmatig af te leveren en dat inkomsten uit de stimulansregeling daarom betrokken moeten worden bij de rrv (Ministerie van VWS, *Aanwijzing stimulansopbrengst in de tarieven farmaceutische zorg*, 29 juni 1999).

26 RVZ, *Farmaceutische Zorg door Arts en Apotheker*, maart 1998, p. 96

27 KNMP, *Pharmacy in the Netherlands*, special issue, 1998, p.41

28 Uitgesplitst naar productcategorie voor 1998 werd 85% van de omzet van een gemiddelde apotheek bepaald door WTG-middelen, tegenover 7% voor buiten-WTG-middelen, 4% voor hulpmiddelen en 4% door handverkoop. SFK [1999, p.52].

sten uit de andere handelsactiviteiten van een apotheker.

### 2.5.3 Samenvatting

Een conclusie kan kort zijn. Zoals gebleken is liggen de mogelijkheden om te concurreren voor een apotheker namelijk niet op het gebied van zijn prijsbeleid. Integendeel, de overheid regelt hier de complete markt, met uitzondering van de relatief veel lagere inkomsten van apothekers uit andere handelsactiviteiten dan de verkoop van WTG-geneesmiddelen.

## 3 Een analyse van de regulering op de Nederlandse apothekersmarkt

Het in par. 2 beschreven regulerende kader ten aanzien van apothekers biedt het beeld van een mix van overheidsregulering en zelfregulering. De toegang tot de markt en de concurrentie binnen het beroep worden beperkt door diverse regels, opgesteld door zowel de overheid als de apothekersorganisatie KNMP. Men kan zich afvragen in hoeverre deze omvangrijke regulering daadwerkelijk het algemeen belang dient (ofwel: in welke mate de regulering welvaartsverbeteringen genereert) maar ook in hoeverre de regulering een resultaat lijkt te zijn van *rent seeking* gedrag.<sup>29</sup> In het hierna volgende analyseren we daarom het regulerende kader aan de hand van die twee vragen. Daartoe bekijken we eerst de regulering betreffende de toegang tot de markt nader en daarna de regulering die de concurrentie tussen apothekers beperkt. Paragraaf 3.3 tenslotte zal meer specifiek ingaan op een aantal recente wijzigingen in het regulerende kader van de apothekersmarkt in Nederland. Hier zullen we tevens enkele (voorzichtige) beleidsaanbevelingen formuleren.

### 3.1 Toegang tot de markt

#### 3.1.1 De bescherming van het beroepsmonopolie door de overheid

Om apotheker te worden dient men ingeschreven te staan in het register van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en in het titelregister van de Wet BIG. Indien ingeschreven, hebben apothekers in Nederland een monopolie op het afleveren en magistraal bereiden van receptgeneesmiddelen aan patiënten. Deze reguleringen zijn opgesteld om te bewerkstelligen dat alleen personen met een afgeronde farmaceutische studie receptgeneesmiddelen kunnen afleveren. Het is echter de vraag of de titelbescherming met bijbehorende definitie van het beroepsmonopolie de juiste vorm van regulering is om negatieve selectie in de kwaliteit van farmaceutische dienstverlening te voorkomen. In de huidige regulering wordt namelijk juist

<sup>29</sup> Voor een uitgebreide beschrijving van de begrippen *public interest* en *private interest*: zie ons paper genoemd in noot 5.

het afleveren van geneesmiddelen beschermd en niet de specifieke dienstverlening door apothekers, zoals medicatiebewaking en het geven van advies over geneesmiddelen. Apothekers worden hierdoor geprikkeld om zoveel mogelijk receptgeneesmiddelen te verkopen, waardoor nog steeds het gevaar bestaat dat de dienstverlening op het tweede plan staat. Bovendien blijft de vraag onbeantwoord of zulk een ingrijpend regulerend instrument als titelbescherming van apothekers nodig is om een goede (en veilige) distributie van receptgeneesmiddelen te waarborgen. De kwaliteit van geneesmiddelen wordt immers ook al gecontroleerd door andere Nederlandse en Europese autoriteiten zoals het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en het Committee of Proprietary Medicinal Products.<sup>30</sup>

Terwijl eigenlijk de dienstverlening door apothekers beschermd zou moeten worden en niet hun distributiefunctie, is dat in de huidige definitie van het beroepsmonopolie dus precies andersom. Het is niet duidelijk welke groep eigenlijk gebaat is bij deze regulering. De consument in ieder geval niet, omdat een apotheker door de huidige vorm van de regulering niet wordt gestimuleerd om hoge kwaliteit diensten te leveren. Echter, de apotheker zelf lijkt ook niet gebaat te zijn bij de huidige definitie van het beroepsmonopolie, omdat het systeem van de recept-regelvergoeding (dat de nadruk legt op het verkopen van geneesmiddelen) in het geheel niet aansluit op de opleiding tot apotheker, waarin de dienstverlening op basis van de kennis van geneesmiddelen steeds meer centraal komt te staan.<sup>31</sup> Wel wordt door de wettelijke bescherming van het aflevermonopolie de concurrentie door bijvoorbeeld drogisten en supermarkten tegengehouden. We zouden ook kunnen denken dat de regulering voordelig zou zijn voor de farmaceutische industrie, omdat er per afgeleverd receptgeneesmiddel uitbetaald wordt. Echter, een apotheker mag alleen een geneesmiddel op recept afleveren nadat de patiënt een recept van een arts of specialist heeft ontvangen. De huidige Nederlandse regulering is zodanig complex en ondoorzichtig dat daardoor wellicht aan verschillende belangengroepen 'rents' worden toegekend. Men kan t.a.v. het beroepsmonopolie eenvoudig een bevestiging vinden van de Stigler-hypothese dat deze regulering vermoedelijk niet het algemeen belang, doch veeleer private belangen dient.<sup>32</sup> Het is echter een andere zaak om uit te maken welke belangengroep nu de grote winnaar is in het huidige regulerende kader. Dit zijn vermoedelijk niet alleen de apothekers. Het complexe Nederlandse regulerende kader inzake geneesmiddelen lijkt steun te bieden voor de hypothese van Becker dat regulering vooral het resultaat is van concurrentie tussen verschillende belangengroepen.<sup>33</sup>

30 Meer informatie over de controle op geneesmiddelen in Nederland staat op de website <http://www.cbg-meb.nl>, 16-03-01.

31 Besluit opleidingseisen apotheker, Stb. 438, 3 september 1997

32 Stigler, 1971

33 Becker, 1983

### 3.1.2 Vestigingsbeperkingen opgelegd door de KNMP en de zorgverzekemers

Betreffende de zelfregulering van de vestiging van apotheken door de KNMP is het argument van correctie voor marktfalen nog minder van toepassing. Immers, waarom zou de toegang tot de markt voor openbare apothekers gereguleerd moeten worden als er al een (wettelijke) dubbele registratieprocedure is om de kwaliteit van farmaceutische dienstverlening te controleren? De KNMP zelf rechtvaardigt haar vestigingsadviesbeleid door te stellen dat zij streeft naar 'levensvatbare apotheken'.<sup>34</sup> Omdat de zorgverzekeraars de inhoud van het vestigingsbeleid min of meer collectief overnemen in hun contracten met apothekers, betekent dit in de praktijk dat er marktverdeling wordt gerealiseerd. Het is twijfelachtig of deze praktijk de toets van artikel 6 van de Nederlandse Mededingingswet kan doorstaan, dat immers marktverdelingsafspraken verbiedt.

Echter, indien er daadwerkelijk een welvaartsverbetering<sup>35</sup> gegenereerd zou worden door het collectief volgen van het vestigingsadviesbeleid, dan kan men zich afvragen of de contracten tussen apothekers en zorgverzekeraars uitgezonderd kunnen worden van het kartelverbod aan de hand van de uitzonderingscriteria die zijn gedefinieerd in de Mededingingswet.<sup>36</sup> Een dergelijke uitzondering wordt volgens de Mededingingswet alleen gegeven als de restricties die worden opgelegd aan de contractpartijen o.a. onmisbaar zijn om verbeteringen in de productie of distributie te realiseren. Dit lijkt in het geval van het KNMP vestigingsadviesbeleid en de resulterende marktverdeling door apothekers en zorgverzekeraars niet het geval te zijn. Het zou voor een apotheker mogelijk moeten zijn om zelf te bepalen of hij of zij het risico wil nemen om tot de markt toe te treden, maar zonder een contract met een zorgverzekeraar en de steun van de KNMP vestigingscommissie is vrije vestiging een vrijwel onmogelijke opgave. De rent seeking hypothese is waarschijnlijk meer van toepassing op deze regulering dan public interest argumenten, aangezien alleen de zittende apothekers (de insiders) van deze beperking van de toegang tot de markt profiteren.

## 3.2 Concurrentie tussen apothekers

### 3.2.1 Regulering van tarieven door de overheid

Zelfs al zou er een argument zijn om een monopolierecht op de verkoop van bepaalde geneesmiddelen aan apothekers te verlenen<sup>37</sup>, dan zou het in principe nog mogelijk moeten zijn om in prijs en kwaliteit te concurreren. Echter, uit het omvang-

34 Toelichting op het Vestigingsadviesbeleid KNMP, art. 4, versie 5 mei 1998

35 i.c. een toename in de kwaliteit van de farmaceutische dienstverlening.

36 Mededingingswet, art. 15

37 waarbij men zich nog steeds kan afvragen of hetzelfde doel niet met minder ingrijpende middelen gerealiseerd kan worden.

rijke regulerende kader van de apothekersmarkt blijkt onmiddellijk dat dit in de praktijk niet of nauwelijks mogelijk is. In paragraaf 2.5 hebben we reeds uiteengezet dat mogelijkheden tot prijsconcurrentie voor apothekers uitgesloten zijn.<sup>38</sup> De vergoeding per recept ligt vast. Het maakt niet uit of een apotheker een patiënt (al dan niet via de arts) persoonlijk advies geeft over een geneesmiddel of dat hij of zij het slechts overhandigt zoals een normale winkelier. Het maakt ook niet uit of het een eigen bereiding betreft of niet. Het is duidelijk dat deze vorm van tarievenregulering de belangen van de consument niet dient. Deze heeft immers geen keuzemogelijkheid tussen veel dienstverlening / hogere prijs en weinig dienstverlening / lagere prijs. Er lijkt geen enkele relatie te bestaan tussen de dienstverlening (waar de apotheker toch is voor opgeleid) en de prijs die wordt betaald. De huidige structuur van de tarievenregulering heeft zelfs een negatief effect op eventuele prikkels van apothekers om de kwaliteit van hun diensten te verhogen, omdat apothekers geen extra vergoeding krijgen voor het verlenen van diensten. De 'specifieke talenten' van apothekers worden in het huidige systeem niet beloond.<sup>39</sup> Dit geldt niet alleen voor de persoonlijke dienstverlening naar de patiënt toe, maar ook voor de bijdrage van apothekers aan het zogenaamde farmacotherapeutische overleg met artsen en zorgverzekeraars (FTO) en het farmacotherapeutische transmurale overleg (FTTO), waaraan ook ziekenhuisapothekers meedoen.

Overigens geldt ook voor deze prijsregulering dat het enerzijds vast lijkt te staan dat deze regulering nauwelijks tot welvaartsverbeteringen zal leiden, maar dat we anderzijds niet eenduidig kunnen beantwoorden wie nu precies van deze prijsregulering profiteert. De prijsregulering garandeert weliswaar een vast inkomen aan de monopolist die de apotheker binnen zijn gebied is, maar bevoordeelt deze zeker niet alleen. De regulering belet de apotheker immers om door betere dienstverlening een hoger inkomen te genereren. Ook hier geldt wellicht dat, conform Becker's hypothese, deze prijsregulering het resultaat is van concurrentie tussen verschillende belangengroepen.<sup>40</sup>

### 3.2.2 Zelfregulering van reclame

Zonder de optie om te concurreren in prijs, is differentiatie in de kwaliteit van de dienstverlening de enige overgebleven manier voor apothekers om te kunnen concurreren. Er zijn echter een aantal regels van kracht die ook deze vorm van mededinging beperken. Zo bevat de gedragsregels van de KNMP een aantal artikels

38 De verkoop van buiten-WTG en hulpmiddelen wordt hier niet beschouwd, omdat deze niet valt onder het beroepsmonopolie van apothekers. Bovendien bepaalt deze verkoop slechts een zeer klein percentage van hun inkomen.

39 Men kan hier bovendien aan toevoegen dat, omdat artsen en specialisten de voorschrijvers van geneesmiddelen zijn en niet de apothekers, apothekers ook wat betreft de keuze van een geneesmiddel geen vrijheid hebben.

40 Becker, 1983. Zie ook §3.1.1.

dat adverteren voor de eigen apotheek verbiedt.<sup>41</sup> De belangrijkste zijn de bepalingen dat KNMP-leden niet rechtstreeks en individueel patiënten –niet zijnde eigen cliënten– mogen benaderen en dat zij niet op 'enigerlei wijze' de keuze van apotheek mogen beïnvloeden.

Welk doel wordt gediend door deze regels? In ieder geval niet het doel van een goed functionerende avond/weekend-waarnemingsregeling, aangezien dit onmogelijk in verband kan worden gebracht met het wel of niet adverteren voor de eigen zaak. Het lijkt er eerder op dat het advertentieverbod slechts private belangen dient in plaats van het algemene belang. Doordat de markt minder transparant wordt gemaakt zal het voor consumenten namelijk moeilijk worden om de kwaliteit van dienstverlening in verschillende apotheken te vergelijken, hetgeen de prikkels voor apothekers om goede kwaliteit te leveren zal doen afnemen.

### 3.2.3 Zelfregulering die de uitoefening van het beroep aan banden legt

De mogelijkheid tot concurrentie in de kwaliteit van de farmaceutische dienstverlening wordt ook beperkt door een aantal bepalingen dat de inrichting en toegankelijkheid van apotheken reguleert. Het betreft bepalingen die de KNMP heeft vastgelegd in de Nederlandse Apotheeknorm (NAN).<sup>42</sup> Omdat apotheken moeten voldoen aan alle eisen in de NAN, wordt differentiatie in dienstverlening bijna onmogelijk gemaakt. Elke apotheek moet zich houden aan bepaalde openingstijden, de vereiste om een aparte ruimte voor magistrale bereiding te hebben en de vereiste om elk verantwoord recept te kunnen afleveren. Hoewel het in het belang van de consument zou kunnen zijn dat een apotheek goed is ingericht (patiënten zouden het bijvoorbeeld prettig kunnen vinden uit privacy oogpunt dat er een aparte ruimte voor consultatie met een apotheker is) nemen de strikte bepalingen uit de NAN te veel mogelijkheden tot differentiatie weg. Het is bijvoorbeeld voor een apotheker niet mogelijk om alleen 's-nachts open te zijn of om alleen medicijnen aan specifieke patiëntengroepen te leveren.

## 3.3 Een evaluatie van de recente ontwikkelingen

Recentelijk zijn er door de overheid een aantal wijzigingen in de wetgeving doorgevoerd, welke zouden kunnen leiden tot meer concurrentie in de extramurale voorziening van geneesmiddelen. Ten eerste is het domeinmonopolie van de openbare apotheker in 1999 doorbroken door de schrapping van het verbod voor apothekers om in loondienst te werken bij niet-apothekers.<sup>43</sup> Ten tweede is op 1 januari 1999 het verbod voor ziekenfondsen om een eigen apotheek te exploiteren

<sup>41</sup> Zie §2.4.1.

<sup>42</sup> Zie §2.4.2.

<sup>43</sup> Zie ook hierboven: §2.2.2 en noot 9.



opgeheven, door de verlening van een algemene vrijstelling van artikel 42 lid 5 uit de Ziekenfondswet. Voorwaarde blijft dat een gediplomeerd apotheker achter de toonbank staat. In 2000 heeft de derde belangrijke wetswijziging zich voorgedaan. Een oude bepaling uit artikel 13 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, welke ziekenhuisapothekers verbood om geneesmiddelen buiten de muren van het ziekenhuis te leveren, is per 1 april 2000 geschrapt.<sup>44</sup> Doel van deze wetwijziging was om concurrentie tussen ziekenhuisapotheken en openbare apotheken mogelijk te maken.

De overheid kiest met deze wetswijzigingen voor meer marktwerking en minder regulering in de distributie van receptgeneesmiddelen. Echter, het voorbeeld van de Britse drogisterijketen Boots laat zien dat nog steeds de medewerking van andere apothekers en zorgverzekeraars een belangrijke vereiste is voor een succesvolle toetreding tot de apothekersmarkt. Na de wetswijziging m.b.t. het verbod op loondienst leek de toekomst van Boots er namelijk goed uit te zien: de drogisterijketen opende meteen nog een aantal vestigingen met apotheekafdelingen in een paar Nederlandse steden. Het bleek echter moeilijk te zijn om contracten met zorgverzekeraars te verkrijgen. Hiervoor was zelfs hulp van de rechter nodig. Ook openbare apothekers stonden niet te springen om samen te werken met de Boots-vestigingen, aangezien Boots niet kon meedoen aan een waarnemingsregeling vanwege de wet op de winkelopeningstijden. Boots heeft de apothekersactiviteiten in Nederland inmiddels beëindigd vanwege een tegenvallend succes. Dit had mede te maken met de overspannen arbeidsmarkt (een tekort aan apothekers en assistenten dat bereid was om bij Boots te werken), maar ook met het feit dat het aantal verstrekte recept-geneesmiddelen bleek tegen te vallen in vergelijking met het aantal verstrekte zelfzorggeneesmiddelen.<sup>45</sup> Dit zou te maken kunnen hebben met de onbekendheid van de apotheekafdeling van Boots bij patiënten (misschien hebben sommige consumenten Boots niet beschouwd als een goed alternatief voor een 'gewone' apotheker), maar ook met de tegenwerking van andere apothekers, zorgverzekeraars en artsen die hun recepten elektronisch slechts doorsturen naar een beperkt aantal apotheken.<sup>46</sup> Het mislukken van Boots is als casus hoogst interessant omdat het eens te meer aantoont hoe moeilijk het is om ten gevolge van de grote regeldichtheid marktwerking te creëren op de Nederlandse apothekersmarkt. Het is klaarblijkelijk onvoldoende om alleen een begin te maken met het doorbreken van het domein-monopolie, zolang er nog veel concurrentiebeperkende zelfregulering is.

Naast de drie wetswijzigingen die het monopolie van de openbaar apotheker in

44 Stb. 97, 2000

45 Deze informatie over Boots komt m.n. uit artikelen in de Volkskrant (9-8-2000), het Pharmaceutisch Weekblad (9-7-1999, pp. 919-921) en Dagblad de Limburger (26-6-1999).

46 Een aantal jaren geleden werd een postorder-apotheek (op initiatief van Verzekeringen Geové) immers al uit de markt gewerkt door tegenwerking van de apothekers en zorgverzekeraars. Zie Horsten, 1996/1997, pp. 93-115.

het afleveren van receptgeneesmiddelen doorbraken, is onlangs ook de verstrekking van zelfzorggeneesmiddelen verruimd. Supermarkten mogen nu ook onder bepaalde voorwaarden zelfzorggeneesmiddelen verkopen. De distributie van geneesmiddelen is momenteel dus aan meerdere veranderingen onderhevig. Toch is de recept-regelvergoeding voor apothekers, waardoor per verstrekt receptgeneesmiddel uitbetaald wordt, nog steeds van kracht. Het lijkt gezien de huidige ontwikkelingen zinvol om dit vergoedingssysteem nader te bekijken en te wijzigen. Apothekers zouden, zoals hiervoor reeds beargumenteerd, betaald moeten worden voor hun specifieke diensten zoals overleg met artsen en verzekeraars en begeleiding van de patiënt. De toegevoegde waarde bij de controle op geneesmiddelen is klein<sup>47</sup> en het percentage eigen bereidingen is tegenwoordig lager dan 5%. Zolang de apothekers hun inkomen behalen uit de verkoop van receptgeneesmiddelen en bonussen en kortingen van de industrie worden hun zorgtaken niet gestimuleerd. Een scheiding van inkoop en zorg, zoals reeds voorgesteld in de diverse rapporten die in 1999 zijn verschenen, lijkt noodzakelijk. Apothekers zouden overigens wel ingehuurd kunnen worden bij de inkoop van geneesmiddelen, gezien de expertise die zij hierin inmiddels hebben vergaard.<sup>48</sup>

Indien dienstverlening door de apotheker daadwerkelijk apart zou worden beloond, zal de markt voor farmaceutische dienstverlening ingrijpend veranderen. Gedacht kan worden aan apothekers met specifieke taken die elk op een specifieke manier worden beloond: bijvoorbeeld apothekers gespecialiseerd in FTTO-overleg en advies aan derden, apothekers die de globale controle van geneesmiddelen op een distributiepunt uitvoeren en apothekers gespecialiseerd in de inkoop. Uiteraard kan een apotheker ook meerdere taken uitvoeren. Daarnaast kan de "normale" openbare apotheek blijven bestaan naast de andere distributiepunten, waarbij dan nog meer de nadruk gelegd zou worden op dienstverlening. Consumenten hebben dan de keuze uit de supermarkt of drogist en de openbare apotheek bij de aanschaf van een geneesmiddel. De arts behoudt als voorschrijver dezelfde taken als in het huidige systeem. Om zulke ingrijpende veranderingen te bewerkstelligen is een

47 Bovendien maken bepaalde moderne distributievormen, zoals het elektronisch doorsturen van recepten van een arts naar de apotheker met behulp van streepjescodes, de controle functie van een apotheker nog kleiner.

48 Op deze plaats achten wij het van belang om ook de OPG groothandel te noemen. Deze marktleider in de distributie van geneesmiddelen aan apotheken (met een marktaandeel van ongeveer 35%) is voor een groot gedeelte in handen van apothekers zelf; zij is in 1899 zelfs opgericht door een groep apothekers. In januari 2001 werd deze beursgenoteerde coöperatie omgezet in een NV. De OPG groothandel is een interessant onderwerp voor verder onderzoek in deze sector omdat men zich zou kunnen afvragen wat de rol van de OPG is (of zou kunnen zijn) bij het tegenhouden van ongewenste nieuwkomers op de apothekersmarkt. Aan de andere kant zou het ook zo kunnen zijn dat de marktmacht van de OPG juist belangrijk is tegenover de macht van de geneesmiddelenindustrie. Verder onderzoek op dat punt lijkt dus vereist. Voor algemene informatie over de OPG zie de websites <http://www.opg.nl> en <http://www.opggroep.nl> (16-03-01).

ingrijpende verandering van het regulerende kader noodzakelijk. Een aanpak van de zelfregulering (reclame, inrichting van de apotheek en de vestiging van apotheken) en de tarievenstructuur met bijbehorend domeinmonopolie vastgesteld door de overheid, is dus noodzakelijk.

#### 4 Conclusie en beleidssuggesties

Het regulerende kader van de apothekersmarkt in Nederland dat we beschreven in par. 2 bleek een mix van overheidsregulering en zelfregulering te zijn. In §3 werd aangetoond dat een aantal regels niet het algemeen belang lijkt te dienen (in de vorm van welvaartsverbeteringen), maar veeleer private belangen. Vaak lijkt de regulering ook verder te gaan dan nodig is om te corrigeren voor eventueel marktfalen.

Uit onze beschrijving en analyse van de regulering van de Nederlandse apothekersmarkt kan bovendien een belangrijke conclusie getrokken worden die ook van toepassing lijkt te zijn op de regulering van andere vrije beroepen: het streven naar meer marktwerking op de apothekersmarkt (door middel van het doorbreken van het domeinmonopolie van de openbare apotheker) zal weinig effect hebben zolang er nog altijd een grote regeldichtheid blijft bestaan in die markt. De voorbeelden van het mislukken van Boots en de postorderfarmacie wijzen hier immers op.

Als het daarom wenselijk lijkt meer marktwerking te creëren in de distributie van receptgeneesmiddelen, teneinde te streven naar welvaartsverbeteringen (lagere prijzen, meer keuzevrijheid van de patiënt), dan dienen we een aantal reguleringen kritisch te bekijken. Omdat het wijzigen van slechts één regel weinig effect heeft zonder de overige regels te bekijken kunnen we de volgende beleidssuggesties formuleren:

- schaf de zelfregulering (meer bepaald het verbod) van reclame (gedragsregels KNMP) af;
- schaf alle overbodige kwaliteitseisen uit de Nederlandse Apotheeknorm van de KNMP (met betrekking tot de inrichting en toegankelijkheid van apotheken) af;
- verhevig de controle op het contracteerbeleid van zorgverzekeraars en apothekers, dat in veel te sterke mate is gebaseerd op het vestigingsadviesbeleid van de KNMP;
- verplicht zorgverstrekkers zoals artsen om een recept aan de patiënt te overhandigen indien deze dat wenst, teneinde de patiënt vrij zijn of haar apotheek te laten kiezen;

- denk na over een andere vergoedingssystematiek voor apothekers, waarbij de zorgtaken (advies aan arts en patiënt) en de inkoop<sup>49</sup> - en controletaken (bijvoorbeeld op een speciaal distributiepunt of via advies aan de zorgverzekeraar) apart worden beloond.

Vanzelfsprekend betreft het hier slechts eerste -en ter bevordering van discussie bewust prikkelend geformuleerde- beleidsaanbevelingen. Deze stellingname is gebaseerd op eerste onderzoeksresultaten. Echter, voor een compleet beleidsadvies betreffende de regulering van geneesmiddelen zou ook gekeken moeten worden naar de rol van andere zorgstrekken dan apothekers en dient de aandacht ook naar andere regelgeving uit te gaan. Meer onderzoek is dus nodig.

In het licht van bovenstaande conclusie dient ook de regulering van andere vrije beroepen bekeken te worden. Meer toezicht en controle op het totaal van zelfregulering en zelfregulerende acties (kartelvorming e.d.) door beroepsbeoefenaren lijkt een vereiste als de overheid daadwerkelijk marktwerking wil introduceren op deze markten.

## Literatuurlijst

- Akerlof, G., "The Market for Lemons: Quality, Uncertainty and the Market Mechanism", *Quarterly Journal of Economics*, 1970, 488-500
- Becker, G.S., "A Theory of Competition Among Pressure Groups for Political Influence", *Quarterly Journal of Economics*, 98, 1983, 371-400
- Bergh, R. van den, "Self-Regulation in the Medical and Legal Professions and the European Internal Market in Progress", in: M. Faure, J. Finsinger, J. Siegers and R. van den Bergh (eds), *Regulation of Professions: A law and economics approach to the regulation of attorneys and physicians in the U.S., Belgium, the Netherlands, Germany and the U.K.*, Antwerpen, MAKLU, 1993, 21-43
- Boston Consulting Group, *Geneesmiddel Verzekerd: Een nieuwe rol voor zorgverzekeraars in het inkoop proces van geneesmiddelen*, november 1999
- Carlton, D.W. and J.M. Perloff, *Modern Industrial Organization*, Glenview Ill., 1994
- Horsten, M., *Postorderfarmacie in Nederland 1993-1994: een studie over fair competition*, mimeo, 1996/1997
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), *Pharmacy in the Netherlands: special issue 1998*, The Hague, 1998
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), *Minimum Vestigingsnorm voor Apotheken*, Den Haag, mei 1997
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), *Nederlandse Apotheeknorm: Norm voor de farmaceutische zorgverlening door de openbare apotheek*, Den Haag, 3 april 1996
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), *Beroepscode en Gedragsregels van de KNMP*, Den Haag, februari 1993
- Leenen, H.J.J., *Handboek Gezondheidsrecht: Gezondheidszorg en Recht*, 2e druk, Samson, Amsterdam, 1991
- Mamuth, H.A., *Markteconomie: analyse en evaluatie*, derde editie, Utrecht, 1992
- MDW-werkgroep Geneesmiddelen, *rapport 1 december 1999, Project Marktwerking Deregulering en Wetgevingskwaliteit*, Den Haag, 1999
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Een helder Recept: Bevindingen en adviezen van de Begeleidingscommissie Uitvoering Geneesmiddelenbeleid*, Den Haag, oktober 1999
- NIVEL, *Beroepen in de Extramurale Gezondheidszorg 1994: Aanbod van beroepsbeoefenaren en samenwerkingsverbanden in de extramurale gezondheidszorg in de periode 1980-1993*, De Tijdstroom,

49 Denk hierbij ook aan de rol van de OPG; zie noot 48.

- Utrecht, 1994
- Ogus, A.I., *Regulation: legal form and economic theory*, Clarendon Press, Oxford, 1994
- Peltzman, S., "Toward a More General Theory of regulation", *Journal of Law and Economics*, 19, 1976, 211-240
- Posner, R.A., "Theories of Economic Regulation", *Bell Journal of Economics and Management Science*, 5, 1974
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), *Farmaceutische Zorg door Arts en Apotheker*, Zoetermeer, maart 1998, bijlage 7, 95-98
- Stigler, G.J., "The Theory of Economic Regulation", *Bell Journal of Economics and Management Science*, Vol. 2, 1971, 3-21
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK), *Data en Feiten 1999: Kostenontwikkeling van de farmaceutische hulp*, Den Haag, september 1999
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK), *Data en Feiten 1998: Kostenontwikkeling van de farmaceutische hulp*, Den Haag, september 1998
- Tirole, J., *The Theory of Industrial Organization*, Fifth printing, Cambridge Massachusetts, MIT Press, 1992
- Varian, H.R., *Microeconomic Analysis*, 2nd edition, Norton, New York, 1984